

< 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 利用料金表（利用者負担金） >（別紙）

作成年月日【令和6年4月1日 現在】

1. 利用料

介護保険からの介護給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、利用金額のうち「負担割合証」に記載されている利用者負担割合分になります。この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、介護保険の支給限度額の範囲を超えたサービスや、介護保険の給付対象外のサービス利用は、全額自己負担となります。また、要介護認定区分が自立と判定した方等、何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方については全額自己負担となります。

【料金表】通常時間帯（24時間365日）月あたりの定額払い

○訪問看護を利用しない場合

要介護度	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費Ⅱ（訪問看護を利用しない場合）		
	1割負担	2割負担	3割負担
負担割合(単位:円)			
要介護1	5,446	10,892	16,338
要介護2	9,720	19,440	29,160
要介護3	16,140	32,280	48,420
要介護4	20,417	40,834	61,251
要介護5	24,692	49,384	74,076

○訪問看護を利用する場合

要介護度	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費Ⅱ（訪問看護を利用する場合）		
	1割負担	2割負担	3割負担
負担割合(単位:円)			
要介護1	7,946	15,892	23,829
要介護2	12,413	24,826	37,239
要介護3	18,948	37,896	56,844
要介護4	23,358	46,716	70,074
要介護5	28,298	56,596	84,894

【減算される項目】

項目	概要	単位数	
		要介護度	
通所介護サービス 利用時の減算額 (1日あたり)	当該サービスの利用者が、通所介護サービス等を利用された場合に減算されます。	要介護1	-62
		要介護2	-111
		要介護3	-184
		要介護4	-233
		要介護5	-281
短期入所サービス 利用時の日割り金額 (1日あたり)	当該サービスの利用者が、短期入所サービス等を利用された場合は、日割りで計算されます。		

【加算項目】

項目	概要	単位数	
		要介護度	
初期加算	利用を開始した日から起算して30日以内の期間または、30日を超える入院後に利用を再開した場合に加算されます。		1日につき 30単位
総合マネジメント体制強化加算 (I) ※	厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が当該サービスの質を継続的に管理した場合加算されます。		1月につき 1,200単位
処遇改善加算 (I) ※	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合加算されます。 尚、右記単位数は、令和6年6月からとなる。同年5月末日までは、現在の処遇改善加算となる。		1月につき 所定単位×24.5%
サービス提供体制強化加算 (I) イ ※	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の比率が一定数を超えている場合加算されます。		1月につき 750単位
生活機能向上連携加算 (I)	厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所のセラピストや医師からの助言を受けた上で、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした		1月につき 100単位

	定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する場合加算されます。	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所のセラピストや医師が、 訪問し身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと 且つ、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する場合加算されます。	1月につき 200単位
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める基準に適合している場合加算されます。	1月につき 90単位
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	厚生労働大臣が定める基準に適合している場合加算されます。	1月につき 120単位
口腔連携強化加算	厚生労働大臣が定める基準に適合している場合加算されます。 但し、1ヶ月に1回限り算定	1回につき 50単位

※区分支給限度額外の加算

- ◇ 介護報酬告示額に、地域区分毎の加算（1単位＝10円）と、利用者負担割合を乗じた金額が、利用者負担金になります。

（その他）

介護保険適用の場合でも介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接ワンランド株式会社に支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外として料金をいただきます。後日、郡山市の窓口へワンランド株式会社の発行するサービス提供証明書を提出することで差額の払戻しを受けることができます。

2. 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

(1) 通信料

利用者宅から事業所への通報に係る通信料及び通話により発生する通話料金については、利用者にご負担いただきます。

※ 事業所から携帯電話を貸与する場合も同様となります。

(2) モバイル端末

サービス内容を記録するモバイル端末を設置させていただく際は、モバイル端末の充電にかかる費用をご負担いただきます。

令和 年 月 日

介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書別紙の説明を行いました。

<事業者> ワンランド株式会社

<代表者> 代表取締役 橋本 善一 印

<事業所> ワンランド定期巡回郡山

<住 所> 福島県郡山市小原田3丁目22-22 サンライズ103

<説明者> 浦山加代子 印

私は、本書面に基づいて事業者からの契約書別紙の説明を受け同意いたしました。

利用者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

利用者の介護者または家族等

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印